

Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos

Álex Moreira Herval^(a)
Elisa Toffoli Rodrigues^(b)

Introdução

A universalização do acesso à saúde, fruto do Movimento da Reforma Sanitária, ainda que represente um desejo popular, também é um desafio para gestores. A cronicidade dessa problemática ganhou maior visibilidade a partir da insatisfação dos brasileiros que foram às ruas nas manifestações populares de 2013 e da campanha “Cadê o médico?”, elaborada no mesmo ano pela Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil, que reivindicava apoio do Governo Federal na contratação de médicos estrangeiros^{1,2}.

Em resposta a essas demandas, o Governo Federal lançou, ainda naquele ano, o Programa Mais Médicos. Esse programa agrega um conjunto de medidas que visa combater as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde³. Para isso, ele conta com três eixos de ação: melhoria da infraestrutura da rede de Saúde; ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica; e provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis⁴⁻⁶.

Apesar de o Programa Mais Médicos atuar na melhoria qualitativa e quantitativa tanto da formação médica (graduação e residência) quanto da estrutura de rede, apenas o provimento imediato de médicos com contratação temporária de profissionais estrangeiros tem ganhado visibilidade pública, suscitando controvérsias¹. Diante disso, o presente artigo busca apresentar e analisar a experiência do município de Uberlândia (MG) frente ao provimento emergencial de profissionais médicos proporcionado pelo Programa Mais Médicos.

Metodologia

Neste artigo, é apresentada a experiência do município de Uberlândia com o Programa Mais Médicos. O município localiza-se na região Sudeste, estado de Minas Gerais, a aproximadamente 556km de distância de Belo Horizonte (capital do Estado) e com uma população estimada de 662.362 habitantes (estimativa para o ano de 2015 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS). A concentração de médicos, calculada no ano de 2014, equivalia a 2,15 profissionais para cada 1.000 habitantes⁷.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627. Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil. 38400-902. alexherval@ufmg.br
^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. elisa.toffoli@ufu.br

Como fonte de dados secundários, foram utilizados sistemas de informação do Ministério da Saúde: DATASUS, Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (Sage) e Sistema de Gestão de Programa (SGP).

A experiência do município de Uberlândia com o provimento de médicos iniciou com a adesão ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) ainda nos primeiros ciclos do programa. Visando ampliar o acesso da população à Atenção Básica e impulsionar a transição para o modelo de atenção norteado pela Estratégia Saúde da Família, o município aderiu, no ano de 2014, à estratégia do provimento emergencial do Programa Mais Médicos.

Destaca-se que, a partir do ano de 2015, o Provab foi incorporado ao Programa Mais Médicos, possibilitando que os profissionais permanecessem no município por mais três anos. A distribuição dos profissionais médicos, segundo a forma de ingresso no Programa Mais Médicos, está disposta no Gráfico 1. No ano de 2015, um dos médicos cooperados cubanos que deixou o programa foi substituído por um médico brasileiro formado em Cuba.

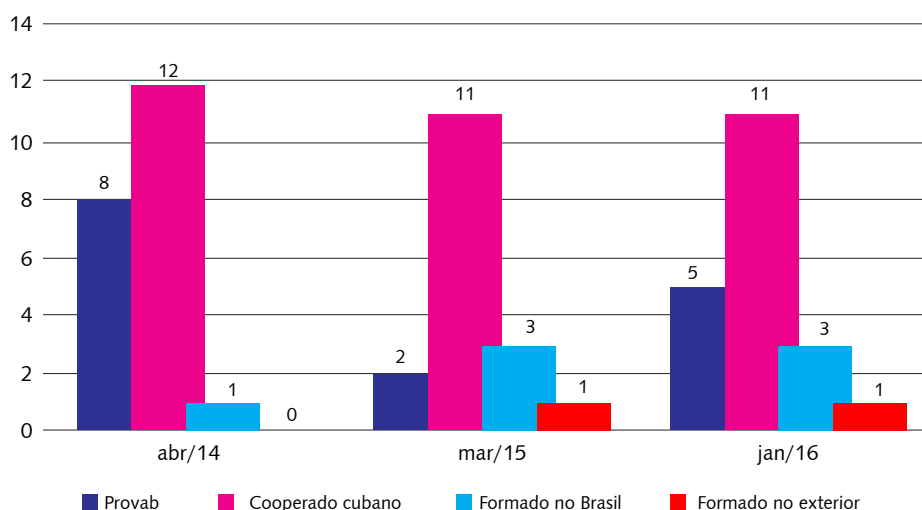


Gráfico 1. Distribuição dos profissionais do Programa Mais Médicos segundo a forma de ingresso no programa nos anos de 2014, 2015 e 2016

Fontes: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde e Sistema de Gerenciamento de Programas.

A adesão do município ao Programa Mais Médicos contribuiu com o Plano Municipal de Saúde (2014-2017), que tem como um de seus objetivos o aumento significativo da cobertura de Atenção Básica, priorizando o modelo de Saúde da Família. Segundo dados do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o volume de equipes de Saúde da Família saltou de 49 equipes em outubro de 2013 para 72 equipes no fim de 2014, um aumento de 46,93%.

Do total de 23 equipes criadas, 12 foram constituídas com médicos cubanos. Os cubanos foram distribuídos da seguinte forma: uma equipe itinerante que atende parte da zona rural do município; três equipes de Saúde da Família urbanas criadas para redividir as áreas de abrangência de equipes com elevado número de cidadãos vinculados; e oito equipes de Saúde da Família criadas dentro de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) tradicionais visando iniciar a mudança no modelo de Atenção em Saúde.

Este artigo analisa a experiência com esses 12 profissionais cubanos e com os demais profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos (ou seja, profissionais vinculados ao Provab, tanto formados no Brasil quanto formados no exterior). Contudo, ressalva-se que a estratégia de mudança do modelo de atenção, ocorrido no âmbito das UBSs, foi conduzida apenas por profissionais cubanos.

Sustentabilidade da universalização da Atenção Básica

Ao contrário do que acontece nos serviços de média e alta complexidade, a expansão dos serviços básicos de Saúde depende de um maior volume de investimentos na contratação de recursos humanos do que na aquisição de equipamentos. Isso se dá em decorrência da Atenção Básica exigir um maior volume de médicos por equipamento, em comparação aos serviços médicos especializados⁸.

A oportunidade de aderir ao Programa Mais Médicos foi essencial para que o município conseguisse expandir de forma significativa os serviços da Atenção Básica, buscando recuperar parte do atraso temporal na expansão das equipes de Saúde da Família. Como mostrado no gráfico 2, Uberlândia manteve sua cobertura de equipes de Saúde da Família em um patamar bem inferior às coberturas estadual e nacional. Contudo, no ano de 2014, quando são iniciadas as atividades dos médicos intercambistas no Brasil, o crescimento da cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família, no município, mostrou-se mais expressiva do que as outras medidas apresentadas.

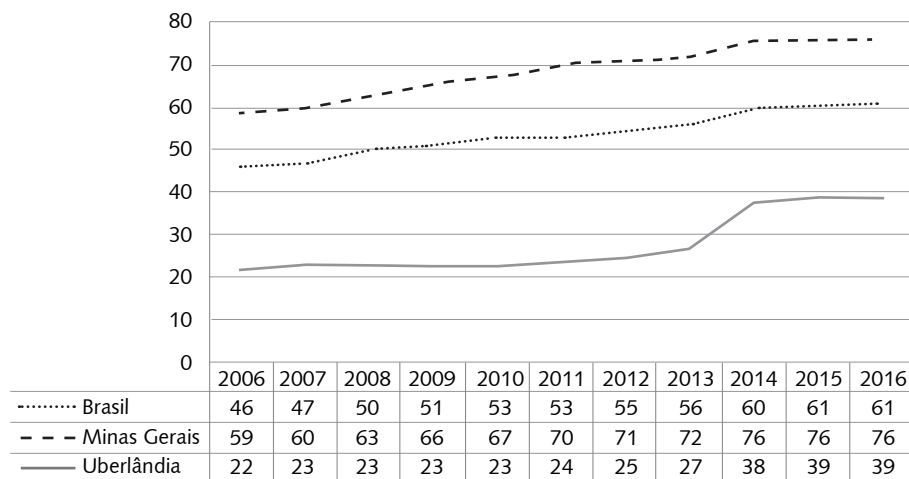


Gráfico 2. Comparativo da cobertura de equipes de Saúde da Família entre os anos 2006 a 2016 para o município de Uberlândia, o estado de Minas Gerais e a União.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde

Um dos diferenciais do Programa Mais Médicos, quando comparado às experiências anteriores, é a contratação dos médicos sob responsabilidade do Ministério da Saúde, desonerando o município⁴. Por essa perspectiva, cabe destacar a importância dos médicos contratados pela União na expansão da Atenção Básica em um momento de crise econômica, quando houve uma importante redução das receitas do município, dificultando, entre outras coisas, o pagamento dos trabalhadores dos serviços públicos.

Mesmo sem a particularidade econômica do momento, Campos⁹ percebe, observando o Programa Mais Médicos, que os municípios brasileiros enfrentam importantes dificuldades para implementar e gerenciar redes de Atenção Básica. Para o autor, atingir uma cobertura igual ou superior a 80% da população é impossível sem o auxílio direto do Ministério da Saúde.

Somando-se a essa discussão, Rovere¹⁰ afirma que a experiência com o Programa Mais Médicos ajuda a compreender a dificuldade que os países capitalistas enfrentam para garantir a cobertura territorial e descentralização da Medicina. Esse fenômeno tem acarretado um abandono de regiões periféricas e rurais por parte desses profissionais.

Programa Mais Médicos e o modelo de Atenção em Saúde

O envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico têm exigido dos sistemas de saúde o redesenho de seu modelo de atenção com foco na Atenção Básica¹. Nesse contexto, a Saúde da Família tem sido considerada a estratégia prioritária para expansão e consolidação desses serviços.

Para Rodrigues et al.¹¹, a Estratégia Saúde da Família representa uma ruptura com as práticas tradicionais desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois atua com processos de trabalho baseados nas necessidades das populações. Nessa perspectiva, uma das estratégias adotadas pelo município de Uberlândia foi a criação de equipes de Saúde da Família junto com as UBS, nas quais são desenvolvidas Atenção em Saúde com processos de trabalho fragilizados e uniprofissionais, com pouco conhecimento do território e com atenção médica fragmentada entre clínicos gerais, pediatras e ginecologistas. Tal estratégia buscou iniciar a conversão desse modelo para a Estratégia Saúde da Família.

Assim, em 2014, de um total de nove Unidades de Atenção Básica pautadas unicamente no modelo tradicional, oito receberam equipes de Saúde da Família compostas por médicos cubanos. Essas equipes de saúde ampliaram e qualificaram atividades já desenvolvidas pelas UBS tradicionais em função do diagnóstico da população, permitindo: 1) que a visita domiciliar deixasse de ser por demanda da família e incorporasse todos os pacientes acamados, restritos ao lar e com condições de saúde eventuais (pós-operatório e puerpério, por exemplo); 2) que a busca ativa, antes realizada apenas por telefone e para consultas atrasadas, fosse ampliada para cidadãos que desconheciam o trabalho desenvolvido na UBS até então; e 3) o aumento do volume de atividades de Educação em Saúde.

Além disso, a inserção de equipes de Saúde da Família nas UBS tradicionais possibilitou a implementação de novos processos de trabalho, tais como o cadastramento da população adscrita e confecção de "mapa inteligente"; a classificação de risco de crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos; a reunião de equipe semanal com horário protegido; a organização da agenda médica baseada no diagnóstico da população, permitindo a livre demanda; e a inserção do acolhimento e da consulta de Enfermagem (pré-natal, puericultura e condições crônicas).

Essa estratégia enfrentou resistência da população e dos gerentes das UBS. Por parte dos gerentes, o novo modelo de contato com a população e organização do processo de trabalho causou estranhamento. A nova proposta exigiu uma reorganização das agendas de trabalho e dos fluxos da unidade, desde a recepção e o acolhimento até o encaminhamento interno do usuário, configurando-se em desafio permanente para os gerentes e que ainda enfrenta resistências na atualidade. Por parte da população, os profissionais cubanos inseridos nas UBS tradicionais substituíram a Atenção em Saúde prestada pelos clínicos gerais, mas, em relação aos cuidados em saúde da criança ou da mulher, grande parte da população solicitava o atendimento por especialistas em Pediatria e Ginecologia. Compreende-se que esse problema decorre da cultura da valorização da subdivisão do trabalho médico, com a fragmentação do cuidado. Nessa ótica, percebe-se o desconhecimento da população em relação ao trabalho do médico de Família e Comunidade e a sua capacidade de atuar sobre princípios fundantes da Atenção Básica como a longitudinalidade, a integralidade do cuidado, a atuação em problemas mais comuns da população e desenvolvimento de vínculos com a população adscrita¹².

Diante das diferentes barreiras enfrentadas para a gestão do trabalho em uma UBS, onde conviviam dois modelos de Atenção Básica, e considerando a impossibilidade orçamentária de continuar a

expansão da Saúde da Família, no fim de 2015, três equipes de Saúde da Família compostas por profissionais cubanos que compartilhavam o espaço da UBS tradicional foram transferidas para uma nova UBS com capacidade para abrigar as três equipes de Saúde da Família.

Apesar de inicialmente parecer uma falha na manutenção da mudança do modelo, o diálogo com conselheiros locais de saúde e com representantes do bairro, realizado pela gestão da Atenção Básica e gerentes das UBS tradicionais, evidenciou a conquista da população por meio de alguns processos de trabalho da Saúde da Família, resultando em questionamentos relativos a manutenção do cadastramento e visitas domiciliares pelo agente comunitário de Saúde; atenção domiciliar aos acamados; e busca ativa e organização da atenção a pacientes em cuidado continuado.

Percebeu-se também, como pontos positivos da estratégia de mudança de modelo, o estreitamento da relação da população com os profissionais de Saúde, por meio do cadastramento, do acolhimento, da busca ativa, da visita domiciliar e das atividades educativas, estas desenvolvidas na UBS ou em outros espaços da comunidade. Na mesma lógica, os gerentes das UBS perceberam a potencialidade do trabalho pautado no diagnóstico da comunidade. Essa percepção foi aferida ao discutir com os gerentes das UBS os resultados da autoavaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), momento que evidenciou de que forma o diagnóstico populacional realizado pela equipe de Saúde da Família contribuía com os demais processos de trabalho, quando comparado ao restante do território coberto pela UBS tradicional.

De fato, os resultados percebidos pelo município vão ao encontro das percepções de Molina et al.⁵, que apontam para a contribuição da reorientação do modelo de atenção promovida pelo Programa Mais Médicos. Para os autores, os médicos oriundos do programa aproximam-se da comunidade ao transformarem um modelo de atenção passivo – puramente clínico e de atendimento predominante a eventos agudos – em um modelo de Atenção em Saúde continuado voltado às pessoas, às famílias e à comunidade. Além disso, a participação desses profissionais nas equipes de Saúde da Família permite a adoção de um modelo de atenção baseado na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento das principais demandas do território¹.

Ao qualificar a capacidade de resposta e a integralidade da Atenção Básica por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, o Programa Mais Médicos assume o potencial de fortalecer as Redes de Atenção à Saúde⁵. Acredita-se que o potencial de mudança do modelo de atenção e fortalecimento da rede ficou prejudicado, também, pela baixa cobertura de Saúde da Família que o município ainda vivencia, mesmo com a expansão promovida pelo programa.

Atração e fixação do profissional como desafio do SUS

Um dos grandes problemas enfrentados pelo SUS é a atração e fixação de profissionais, principalmente em áreas carentes e interioranas¹¹. Para Scheffer¹³, essas áreas somam problemas como baixos indicadores sociais, condições inadequadas de trabalho com cargas horárias excessivas e má remuneração.

Visando à solução da distribuição de profissionais de Saúde pelo território nacional, desde a segunda metade do século XX, houve iniciativas de distribuição e fixação de médicos para regiões carentes desses profissionais, sendo uma das estratégias mais recentes o Provab. Entretanto, nenhuma dessas estratégias supriu as necessidades locais ou regionais⁴. Assim, o Programa Mais Médicos, ao incorporar o Provab, buscou resolver a problemática da distribuição de profissionais por meio da regulação da profissão médica¹¹. Ressalta-se que, ao unificar nacionalmente o valor da bolsa e investir na estrutura das unidades de Saúde, o Programa Mais Médicos interveio em alguns problemas apontados por Scheffer¹³.

Apesar de melhorar a distribuição de médicos e incluir atrativos à permanência do profissional, o município de Uberlândia tem sofrido com a evasão desses profissionais, em especial dos recém-formados, uma vez que esses costumam iniciar suas atividades e, entre outros fatores, desligam-se do programa por conseguirem outras oportunidades; por exemplo, o ingresso em programas de residência médica. Há de se pontuar, ainda, a evasão também dos profissionais cubanos: do total de 12 médicos recebidos pelo município, três abandonaram o programa.

A partir da evasão, outro problema deriva: a reposição do profissional é demorada, o que impacta no acesso da população à atenção médica e à continuidade dos cuidados iniciados. Isso fragiliza o potencial do Programa Mais Médicos em fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde que, segundo Molina et al.⁵, ocorre por meio da presença constante do profissional médico e do estabelecimento de um cuidado à população ao longo do tempo.

Rodrigues et al.¹¹ e Scheffer¹³ destacam que a não fixação dos médicos se dá pela precariedade dos municípios. Entretanto, esse fator não incide sobre município de Uberlândia, uma vez que esse apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789, considerado alto. Outro argumento utilizado por Scheffer¹³ para a não fixação do profissional é a baixa remuneração, porém, o pagamento no âmbito do Programa Mais Médicos é unificado.

Em concordância com o observado no município, o estudo realizado por Campos e Malik¹⁴ apontou que, nos grandes centros urbanos, o salário atrai o profissional, mas não o fixa. Os autores destacam que a satisfação do profissional apresenta uma importante correlação com a rotatividade médica, sendo importante considerar fatores como a distância da unidade de saúde e a falta de capacitações, além da disponibilidade de materiais para realizar o trabalho.

Em relação às características regionais da rotatividade médica, o estudo desenvolvido por Pierantoni et al.¹⁵ apontou que as regiões Sul e Sudeste apresentam maior valor absoluto de rotatividade de médicos, com a região Sudeste apresentando a maior média de rotatividade (62% dos profissionais). Além disso, os autores apontam que o IDH dessa mesma região não apresentou relação com a rotatividade. Observa-se, portanto, que a rotatividade ou evasão do profissional médico é um problema multifacetado e que pode exigir novas articulações ou estratégias no âmbito do Programa Mais Médicos.

Considerações finais

O Programa Mais Médicos representou um importante aliado na expansão dos serviços de Atenção Básica e na mudança do modelo de Atenção em Saúde, apesar de encontrar dificuldades para consolidar esse segundo desafio.

No que se refere à expansão dos serviços de Saúde e à regulação dos recursos humanos na área da Saúde, o Programa Mais Médicos tem mostrado a necessidade de que a contratação de recursos humanos esteja ligada ao Ministério da Saúde, considerando especialmente as barreiras orçamentárias e a impossibilidade dos municípios de atrair e fixar profissionais de Saúde. Dessa forma, a sustentabilidade da cobertura universal dos serviços de saúde, com a distribuição e fixação de profissionais de saúde em todas as regiões do país, parece depender da criação da carreira nacional dos profissionais de saúde do SUS.

Quanto ao modelo de Atenção em Saúde na Atenção Básica, o Programa Mais Médicos configurou-se como um importante impulsionador de mudanças: o programa proporciona a oferta de profissionais capacitados para atuar diante dos determinantes sociais da Saúde e a criação de cursos de especialização em Atenção Básica aos profissionais ligados ao programa. Dessa forma, as dificuldades enfrentadas pelo município estiveram norteadas pela estratégia utilizada – a busca pela coexistência de dois modelos de atenção em uma mesma estrutura física – e pela baixa cobertura de Saúde da Família – inferior ao padrão estadual ou nacional.

Colaboradores

Álex Moreira Herval participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Elisa Toffoli Rodrigues participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(11):3547-52.
2. Carvalho MS, Sousa MF. How has Brazil dealt with the topic of provision of physicians? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
3. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. The Program More Doctors and training in and for the NHS: why the change? *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):5-10.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
5. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, Oliveira G, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):190-201.
6. Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
7. Scheffer M, Cassenote AJF, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil 2015 [relatório]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2015.
8. Garcia B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. *Inf Fipe*. 2014; (402):26-36.
9. Campos GWS. More doctors and the built of a personnel policy for the Primary Care in the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):641-2.
10. Rovere MR. The More Doctors Program: a further analysis from the perspective of international health. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):635-6.
11. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulation of medical labor in Brazil: impacts on Family Health Care Strategy. *Physis*. 2013; 23(4):1147-66.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Scheffer M. More Doctors Program: in search of satisfying answers. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.
14. Campos CVA, Malik AM. Job satisfaction and physician turnover in the Family Health Program. *Rev Adm Publica*. 2008; 42(2):347-68.
15. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saude Debate*. 2015; 39(106):637-47.

Em resposta às demandas da população e de prefeitos municipais por ampliação do acesso à atenção médica, o Governo Federal lançou no ano de 2013 o Programa Mais Médicos. Entre outros objetivos estruturantes, esse programa promoveu a provisão emergencial de médicos. Este artigo, ao apresentar a experiência de um município com o atendimento dessa demanda emergente de médicos, discute a sustentabilidade da expansão da cobertura de Atenção Básica e o provimento de médicos para esses serviços; as potencialidades do programa para induzir a mudança no modelo de atenção em saúde; e os fatores habitualmente ligados à atração e à fixação de profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Políticas públicas de Saúde. Programas governamentais.

Increasing healthcare access and changing the model: an experience with the More Doctors Program

In order to meet demands from the population and from mayors that access to primary care be increased, the Brazilian Federal Government launched the More Doctors Program in 2013. Among other structuring objectives, this program promoted emergency provision of physicians. By presenting the experience of a municipality for which this demand was met, this paper discusses the sustainability of increases in primary care coverage and the assignment of physicians to these services, and the potential of the program to introduce changes in the healthcare model, and the factors usually associated with the recruitment and settlement of health professionals.

Keywords: Primary Health Care. Family Health. Public health policies. Government programs.

Ampliación del acceso y cambio de modelo: experiencia a partir del Programa Más Médicos

En respuesta a las demandas de la población y de los alcaldes municipales por la ampliación del acceso a la atención médica, el Gobierno Federal en Brasil lanzó en 2013 el Programa Más Médicos. Entre otros objetivos estructurantes, ese programa promovió la provisión en régimen de emergencia de médicos. Este artículo, al presentar la experiencia de un municipio con la atención de esa demanda de médicos discute: la sostenibilidad de la expansión de la cobertura de la Atención Básica y la provisión de médicos para esos servicios, las potencialidades del programa para inducir el cambio en el modelo de atención en salud y los factores vinculados habitualmente a la atracción y a la fijación en el área de profesionales de salud.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Salud de la Familia. Políticas públicas de salud. Programas gubernamentales.

Submetido em 04/06/2016. Aprovado em 12/06/2017.